….....................................................................

imię i nazwisko studenta

….....................................................................

Numer albumu, rok studiów, kierunek/specjalność

stacjonarny/niestacjonarny\*

Tryb studiów

…......................................................................

numer telefonu, email

**Szanowny Pan**

**Prof. dr hab. Piotr Jedynak**

**Dziekan WZiKS**

przez

**Szanowna Pani**

**Dr Małgorzata Janiak**

**Z-ca Dyrektora**

**Instytutu Studiów Informacyjnych ds. dydaktycznych**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na udział w następujących zajęciach prowadzonych w **Instytucie** **Studiów Informacyjnych** WZiKS:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa przedmiotu | Kod przedmiotu w USOSWeb | Rodzaj zajęć (wykład/ćw., konwersatorium) | Liczba godz. | Liczba pkt. ECTS |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Prośbę swą uzasadniam tym, że: …………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………

……………………

 podpis studenta/ki

|  |  |
| --- | --- |
| 1. *Opinia Dyrektora ds. dydaktycznych Instytutu głównego kierunku studenta:*
 | 1. *Decyzja Dziekana Wydziału głównego kierunku studenta:*
 |

1. *Informacja pracownika sekretariatu jednostki WZiKS*:

|  |
| --- |
| Ilość studentów w grupie:……………Przedmiot dedykowany dla studiów stacjonarnych/niestacjonarnych\* |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. *Opinia Dyrektora Instytutu/Kierownika Katedry WZiKS:*
 | 1. *Decyzja Dziekana WZiKS:*

*Wyrażam zgodę/Nie wyrażam zgody\** |

\**Niepotrzebne skreślić****UWAGA STUDENCI- wnioski o wpis na zajęcia są przyjmowane w jednostkach WZiKS do 7 dni od daty rozpoczęcia semestru***